



**VNIVERSIDAD
D SALAMANCA**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA. GRADO EN PSICOLOGÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

EVALUACIÓN MEDIANTE ENTREVISTA DE LA SATISFACCIÓN VITAL DE PERSONAS MAYORES

Autora: Dña. TATIANA CLEMENTE GUTIÉRREZ

Tutora: Dra. Cristina Jenaro Río

Profesora Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológicos

7 de julio de 2016

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Declaro que he redactado el trabajo “EVALUACIÓN MEDIANTE ENTREVISTA DE LA SATISFACCIÓN VITAL DE PERSONAS MAYORES” para la asignatura de Trabajo Fin de Grado en el curso académico 2015-2016 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.

En Salamanca, a 23 de mayo de 2016

Tatiana Clemente Gutiérrez

Índice de Contenidos

1	<u>JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.....</u>	<u>2</u>
2	<u>PARTE TEÓRICA: LA CALIDAD DE VIDA COMO MARCO PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN VITAL</u>	<u>3</u>
2.1	CONCEPTO, MODELOS Y COMPONENTES.....	3
2.1.1	MODELOS DE CALIDAD DE VIDA.....	5
2.1.1.1	Modelos generales de calidad de vida.....	5
2.1.1.2	Modelos de calidad de vida aplicados a personas mayores y a otros colectivos vulnerables.....	7
2.2	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES.....	9
2.3	CALIDAD DE VIDA Y PERSONAS MAYORES: EVIDENCIAS EMPÍRICAS.....	14
2.3.1	FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES.....	14
2.3.2	EVIDENCIAS EMPÍRICAS SOBRE CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES	17
3	<u>PARTE EMPÍRICA: APLICACIÓN E INTERPRETACIÓN DE UNA ENTREVISTA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA PARA PERSONAS MAYORES.....</u>	<u>19</u>
3.1	OBJETIVOS E HIPÓTESIS	19
3.2	MÉTODO.....	19
3.2.1	PARTICIPANTES.....	19
3.2.2	DISEÑO Y ANÁLISIS	19
3.2.3	INSTRUMENTO.....	20
3.2.4	PROCEDIMIENTO	21
3.3	RESULTADOS.....	22
3.3.1	ANÁLISIS PREVIOS DE LA FIABILIDAD DE LA CODIFICACIÓN DE LAS RESPUESTAS ABIERTAS	22
3.3.2	VALORACIÓN CUANTITATIVA DE LA CALIDAD DE VIDA Y VARIABLES ASOCIADAS	23
3.4	ANÁLISIS DE LOS FACTORES GENERADORES DE MALESTAR Y BIENESTAR EN LOS ENTREVISTADOS.....	25
4	<u>DISCUSIÓN</u>	<u>30</u>
5	<u>CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA</u>	<u>32</u>
6	<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</u>	<u>33</u>
7	<u>ANEXOS.....</u>	<u>37</u>
7.1	ANEXO 1: SISTEMA DE CODIFICACIÓN EMPLEADO PARA LAS PREGUNTAS ABIERTAS	37
7.2	ANEXO 2: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	39
7.3	ANEXO 3: ENTREVISTA SOBRE CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES.....	40
7.4	ANEXO 4: RESULTADOS DEL CONTRASTE DE HIPÓTESIS (ANÁLISIS DE VARIANZA).....	41

Índice de Tablas

Tabla 1. Dimensiones e indicadores de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2002/2003)	8
Tabla 2. Concordancia entre codificaciones de los jueces a preguntas abiertas	22
Tabla 3. Puntuaciones promedio y dispersión en las preguntas cerradas sobre calidad de vida	24
Tabla 4. Correlaciones entre las dimensiones y la valoración global de la calidad de vida	24
Tabla 5. Aspectos que más les gustan a las personas mayores del sitio donde viven	25
Tabla 6. Aspectos que menos les gustan a las personas mayores del sitio donde viven	26
Tabla 7. Cosas o actividades que hacen que los mayores se sientan mejor o más alegres	26
Tabla 8. Cosas o actividades que hacen que los mayores se sientan peor o más tristes	26
Tabla 9. Personas que transmiten bienestar y alegría a las personas mayores	27
Tabla 10. Personas que hacen sentir peor o más tristes a las personas mayores	27
Tabla 11. Gente con la que se relacionan a menudo las personas mayores	28
Tabla 12. Opiniones de las personas mayores acerca de lo bueno de hacerse mayor	28
Tabla 13. Opiniones de las personas mayores acerca de lo peor de hacerse mayor	28
Tabla 14. Recomendaciones de las personas mayores a otras personas de su misma edad para que se sientan felices	29
Tabla 15. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en función del género	41
Tabla 16. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en función de la edad	41
Tabla 17. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en función del nivel educativo	42
Tabla 18. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en función de si están solos o acompañados	42

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo para la calidad de vida subjetiva (Cummins, 2000)	7
--	---

RESUMEN

El objetivo de este trabajo ha sido conocer la calidad de vida de los mayores de 65 años, así como los factores determinantes de ésta. Para ello se ha empleado una muestra no probabilística compuesta por 51 personas mayores de 65 años (26 hombres y 25 mujeres) que voluntariamente ofrecieron sus respuestas tras emitir su consentimiento informado. El instrumento de evaluación ha consistido en una entrevista elaborada para el presente estudio y compuesta por 10 preguntas, tanto abiertas como cerradas, que indagan sobre las principales dimensiones de la calidad de vida (estado físico, estado de ánimo, vivienda, actividades, personas influyentes, familia, y amigos y vecinos) y sobre otras áreas más personales (positivo y negativo de hacerse mayor, valoración de la calidad de vida y recomendaciones para ser feliz). Los resultados obtenidos indican que estas personas se perciben con una elevada calidad de vida, así como con una buena relación con la familia y con los amigos y vecinos. La asociación entre estado de ánimo y valoración de las relaciones interpersonales fue significativa, así como entre estado de ánimo y calidad de vida percibida. Los resultados son generalizables con independencia del sexo, la edad, el nivel educativo o el estado civil. Estos y otros resultados subrayan la importancia de fomentar las relaciones interpersonales y la inclusión social como vía para favorecer la satisfacción vital en personas mayores.

PALABRAS CLAVE: calidad de vida, mayores, evaluación, satisfacción vital.

1 JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

El presente estudio ha tenido como objetivo evaluar la calidad de vida en personas mayores, empleando para ello una técnica de evaluación como es la entrevista. Por tanto, en este trabajo se aborda la satisfacción vital que experimentan los mayores y sus determinantes. Varias razones justifican la relevancia del tema. En primer lugar, el colectivo que nos ocupa experimenta un creciente aumento en las sociedades actuales y más aún en sociedades envejecidas como la española. Es, por tanto, un tema relevante desde el punto de vista numérico. En segundo lugar, el estudio tiene una importancia añadida por su interés científico y/o aplicado. Al respecto, si bien existen muchos estudios sobre calidad de vida y son también abundantes los relativos a las personas mayores, muy pocos trabajos se centran en población mayor no institucionalizada o independiente. Además, pocos estudios obtienen información mediante entrevistas abiertas, optando la mayoría por el empleo de cuestionarios o autoinformes. Se trata, por tanto, de un trabajo innovador tanto por lo que se refiere a la población diana (mayores sanos) como por lo que respecta a la metodología de evaluación empleada.

El presente trabajo está estructurado en una primera parte de corte teórico, y una segunda parte de carácter empírico. En la parte teórica abordamos el concepto de calidad de vida, así como sus modelos y componentes. Asimismo, exponemos los principales instrumentos y las técnicas más características para evaluar la calidad de vida en los mayores. Por último, hemos sintetizado las evidencias empíricas disponibles sobre la calidad de vida de esta población y los factores influyentes.

A partir del conocimiento del estado de la cuestión, y para dar respuesta a los objetivos e hipótesis planteados, ofrecemos en la parte empírica los resultados del trabajo de campo y los análisis efectuados. Dicho trabajo ha requerido la realización de 51 entrevistas a hombres y mujeres mayores de 65 años. Se ha empleado un método mixto cuantitativo-cualitativo para analizar las respuestas a las preguntas abiertas y cerradas de que consta la entrevista. Tras la presentación de los resultados, exponemos la discusión, conclusiones y prospectivas. Así también, para facilitar la replicación del estudio, ofrecemos en los Anexos el formato de consentimiento informado y el instrumento empleado. Esperamos que los resultados obtenidos sirvan para profundizar en el debate sobre los factores asociados a la satisfacción vital de las personas mayores como paso previo a la puesta en marcha de estrategias para el fomento de su calidad de vida.

2 PARTE TEÓRICA: LA CALIDAD DE VIDA COMO MARCO PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN VITAL

2.1 CONCEPTO, MODELOS Y COMPONENTES

La expresión calidad de vida apareció en los años sesenta unida a temas relacionados con el medio ambiente y el urbanismo. Después fueron surgiendo indicadores para medir el desarrollo y el bienestar social. A finales de los años setenta y principios de los ochenta el término adquiere un carácter más integrador, incluyendo todas las áreas de la vida social, así como elementos objetivos y subjetivos (Medina y Carbonell, 2004).

En la actualidad, existen múltiples conceptualizaciones de calidad de vida, ya que en los últimos años se ha convertido en un concepto muy utilizado por distintas instituciones, que persiguen el objetivo de incrementar la calidad de vida del ciudadano en sus diferentes contextos (Fernández-Ballesteros y Maciá, 1993). Sin embargo, una de las definiciones más influyentes de calidad de vida es la de Lawton (1991), el cual afirma que la calidad de vida es: “la evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo en un tiempo pasado, actual y futuro” (p. 6).

En los años 90, Fernández-Ballesteros y Maciá (1993), para analizar la calidad de vida teórica de las personas, propusieron las siguientes áreas: Salud subjetiva, Autonomía, Actividad, Satisfacción social, Apoyo social, Satisfacción en la vida, Nivel de renta, Servicios sociales, Recursos culturales y Calidad de la vivienda. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1994 (citado por Pérez y De-Juanas, 2013) definió este constructo como:

(...) la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (Pérez y De-Juanas, 2013, p. 140).

Como ya se ha visto, la calidad de vida puede ser descrita como un macroconcepto multidimensional, cuya importancia varía según dos parámetros: personales (edad y género) o sociales (condiciones socio-económicas y educativas). Además de ser importante científicamente también lo es socialmente, ya que es el objetivo del estado de bienestar y de las políticas socio-económicas de los estados modernos y democráticos (Fernández-Ballesteros, 1997).

También cabe señalar que la calidad de vida no es independiente de los distintos contextos en los que se desenvuelve el individuo. Casi todos los trabajos sobre calidad de vida se refieren a situaciones vitales concretas, como: calidad de vida en personas con determinadas patologías, de distintas edades, con distintos niveles de renta, etc. Dentro de estos contextos, la edad es una condición personal determinante de la calidad de vida (Fernández-Ballesteros, 1997).

A modo de ilustración, en un estudio realizado por Vera (2007) se investigó el significado que tenía la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia y los resultados indicaron que para el adulto mayor la calidad de vida significa paz y tranquilidad en su vida cotidiana, recibir cuidados y protección por parte de su familia, amor, respeto, libre expresión, poder comunicarse, recibir información y tomar decisiones. Para la familia significa proporcionar a sus mayores alimentación, vestido, vivienda e higiene. Por lo tanto, podría decirse que la calidad de vida es vista por los mayores como algo personal y propio que les hace sentirse mejor con ellos mismos, mientras que para la familia hace referencia a aspectos más materiales o físicos.

El concepto de calidad de vida ha estado vinculado desde sus inicios a otras variables psicológicas que incluyen el concepto de bienestar, por lo que muchos investigadores a día de hoy no diferencian claramente entre ambos conceptos (Urzúa y Caqueo-Úrizar, 2012). Así, Ramos (2001) definió el bienestar psicológico como: “el ámbito que incluiría todos los aspectos que se relacionan con la adaptación del individuo, tanto satisfactoria como insatisfactoria, y los estados subjetivos que resultan de la misma” (p. 100). Según Fernández-Ballesteros y Maciá (1993), el estado de bienestar tiene como objetivo satisfacer las necesidades y las demandas sociales mejorando la calidad de vida de sus ciudadanos.

Dentro del bienestar humano juega un importante papel la satisfacción personal con la vida, la cual es el resultado de la interacción del ser humano con su entorno y la

sociedad (Pérez y De-Juanas, 2013). Así, Veenhoven definió en 1994 la satisfacción con la vida como: “el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida, en conjunto, de forma positiva. En otras palabras, cuánto le gusta a una persona la vida que lleva” (p. 4). El término hace referencia tanto a una apreciación valorativa de algo como a disfrutar de algo. Algunos sinónimos de este concepto son: “felicidad” y “bienestar subjetivo”. Para medir la calidad de vida de una población se utilizan algunos indicadores sobre la satisfacción vital, siendo mejor la calidad de vida cuanto mayor sea la satisfacción con la vida de las personas. Esto no significa que la vida sea perfecta, sino que la gente se encuentra a gusto en ella. Además, se ha encontrado que las mayores diferencias en cuanto a satisfacción vital aparecen en las relaciones socio-emocionales y en las cuestiones psicológicas (Veenhoven, 1994).

2.1.1 Modelos de calidad de vida

A lo largo de los años han surgido diferentes modelos para abordar el estudio de la calidad de vida. Siguiendo a Yanguas (2006), se expondrán primero modelos generales de la calidad de vida para pasar, más adelante, a comentar los modelos aplicados a las personas mayores y a otros colectivos vulnerables.

2.1.1.1 Modelos generales de calidad de vida

De la revisión bibliográfica efectuada y centrándonos en los modelos más comúnmente mencionados, es posible distinguir seis modelos, a saber: (1) modelo ecológico de la competencia de Lawton, (2) modelos comportamentales, (3) modelos de bienestar, (4) modelo de desempeño de rol, (5) modelo de proceso dinámico de la calidad de vida, y (6) modelo de la homeostasis de la calidad de vida. A continuación, exponemos brevemente sus principales características.

En primer lugar, cabe mencionar el modelo ecológico de la competencia de Lawton. Este modelo plantea que la conducta del adulto mayor está determinada por la presión ambiental que supone la situación y por el grado de competencia del sujeto. Por lo tanto, el ambiente más favorable será aquel que exija el máximo nivel de competencia (citado por Izal y Fernández-Ballesteros, 1990). Es un modelo que pone el acento en las capacidades de las personas mayores y su promoción.

En segundo lugar, cabe destacar los modelos comportamentales, ya que algunos autores, como Reig (2000), apuestan por un concepto de calidad de vida comportamental. Esto significa que lo que hacemos y cómo vivimos nuestra vida se

convierte en el objetivo prioritario de la calidad de vida. De aquí proviene la idea de que cuando hacemos lo que queremos o podemos nuestra calidad de vida es más satisfactoria, y a la inversa. Por tanto, podríamos decir que este modelo acentúa la autodeterminación.

Por otra parte, es posible aludir a un tercer grupo de modelos, que son los denominados modelos de bienestar. Éstos se basan en el supuesto de que el nivel de calidad de vida que experimenta un sujeto depende de si sus condiciones reales de vida satisfacen sus necesidades, carencias y deseos (Yanguas, 2006). Es un modelo más próximo a concepciones de calidad de vida defendidas por otros autores y aplicadas a otros campos como el de la discapacidad (Schalock y Verdugo, 2002/2003).

En cuarto lugar, cabe destacar el modelo de desempeño de rol. El concepto de rol fue aplicado y entendido en el área de los comportamientos interpersonales. Los roles requieren habilidades de comunicación, capacidad de estimular y experimentar la lealtad, intercambio de intereses, y otras habilidades sociales. Para entender el comportamiento humano hay que saber que muchos de nuestros esfuerzos se dirigen a satisfacer las expectativas de otras personas de manera que también sean gratificantes para nosotros. En la medida en que tales expectativas se cumplan, es probable que la persona que juega el papel tenga gente a la que acercarse para experimentar el control sobre las cosas en su vida, y para experimentar un crecimiento en las habilidades e intereses. Por lo tanto, se puede decir que la satisfacción del desempeño de los roles tiene importantes consecuencias tanto para la persona como para los demás (Bigelow, Brodsky, Stewart y Olsen, 1982).

De otro lado, se encuentra el modelo de proceso dinámico de la calidad de vida, el cual se basa en la idea de que la calidad de vida percibida por cada persona representa el resultado de un proceso de adaptación, durante el cual el individuo debe intentar conseguir sus deseos y sus logros ayudándose de su entorno y de su capacidad para satisfacer las demandas de la sociedad. En este modelo la satisfacción es vista como el mecanismo que conduce este proceso, no como un resultado (Yanguas, 2006).

Por último, se alude al modelo de la homeostasis de la calidad de vida, cuyo autor principal fue Cummins (2000), quien propuso la Teoría Homeostática del Bienestar Subjetivo que aparece en la Figura 1. Este modelo describe un sistema integrado por una capacidad genética primaria junto a un sistema de amortiguación

secundaria. El sistema primario implica dos factores de personalidad que proporcionan un determinado rango genético para la calidad de vida subjetiva y son: extroversión y neuroticismo. Por su parte, el sistema secundario incluye el control percibido, la autoestima y el optimismo. A su vez, estas tres creencias generan la sensación de bienestar subjetivo y lo que incide sobre ellas es la experiencia real con el medio ambiente. Es un modelo que pone su acento en variables de personalidad y que está más alejado del enfoque adoptado para el presente trabajo.

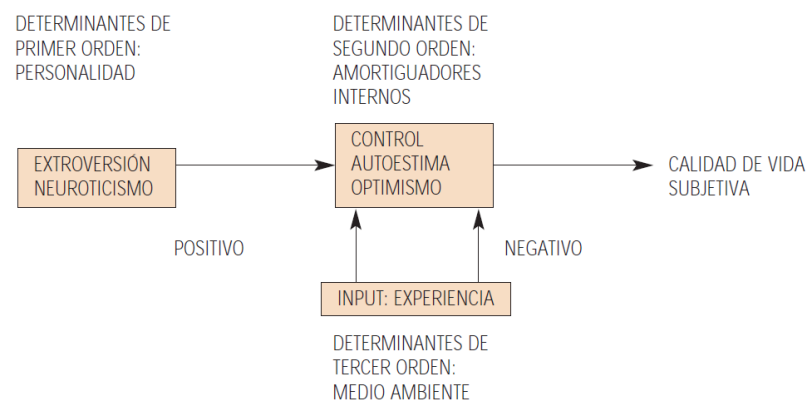


Figura 1. Modelo para la calidad de vida subjetiva (Cummins, 2000)

Fuente: Yanguas (2006)

Si bien todos estos modelos son aplicables a variados colectivos, otros trabajos de corte teórico y empírico se han centrado en el desarrollo de modelos de calidad de vida en el colectivo que nos ocupa, como se expondrá seguidamente.

2.1.1.2 Modelos de calidad de vida aplicados a personas mayores y a otros colectivos vulnerables

En este apartado se pueden distinguir dos modelos: (1) modelo de la optimización selectiva con compensación de Baltes y Baltes (1990) y (2) modelo de calidad de vida en personas con discapacidad de Schalock y Verdugo (2002/2003).

En primer lugar, el modelo de la optimización selectiva con compensación propuesto por Baltes y Baltes (1990) analiza el envejecimiento con éxito desde la perspectiva del ciclo vital y con la idea de que el desarrollo es un proceso de adaptación selectiva (Villar, 2003). Los autores proponen tres mecanismos: selección, optimización y compensación, que consideran universales. Sin embargo, su manifestación varía ampliamente entre los distintos individuos. Estos elementos hacen posible que la persona pueda vivir una vida de calidad, aunque limitada. En definitiva, el modelo

explica el desarrollo exitoso a través de la selección de metas, la optimización de los medios para alcanzar las metas propuestas y la búsqueda de otras alternativas cuando los medios necesarios para llegar a las metas no están presentes (Liberalesso, 2007).

Por su parte, Schalock propuso un modelo de calidad de vida para personas con discapacidad intelectual y en 2002 este mismo autor y Verdugo (2002/2003) llevaron a cabo una revisión bibliográfica en salud, salud mental, servicios sociales, mayores y educación para comprobar las dimensiones propuestas y detectar los indicadores más relevantes de cada una de ellas (Verdugo, Gómez y Arias, 2009). Tras esta revisión, las dimensiones que contempla el nuevo modelo desarrollado por Schalock y Verdugo incluye ocho dimensiones (véase Tabla 1): bienestar físico, bienestar emocional, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, bienestar material, autodeterminación y derechos. A estas dimensiones se les añadieron 24 indicadores de la calidad de vida, que aparecen también reflejados en la Tabla 1 (citado por Verdugo y Martín, 2002). El modelo propuesto por Schalock y cols. se ha mostrado útil en campos como el de la salud mental, tanto para definir objetivos y apoyos, como para planificar y evaluar los servicios, o para determinar los cambios ambientales que necesitan las personas con trastornos psicológicos graves para mejorar sus condiciones de vida (Verdugo y Martín, 2002).

Tabla 1. Dimensiones e indicadores de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2002/2003)

Dimensiones	Indicadores
1. Bienestar Físico	Salud, actividades de vida diaria, atención sanitaria, ocio
2. Bienestar Emocional	Satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés
3. Relaciones Interpersonales	Interacciones, relaciones, apoyos
4. Inclusión Social	Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales
5. Desarrollo Personal	Educación, competencia personal, desempeño
6. Bienestar Material	Estatus económico, empleo, vivienda
7. Autodeterminación	Autonomía, metas/valores personales, elecciones
8. Derechos	Derechos humanos, derechos legales

Fuente: Verdugo et al. (2009)

Si bien en estos años se han propuesto diversos modelos de calidad de vida, el modelo más aceptado ha sido el modelo multidimensional de ocho dimensiones de Schalock y Verdugo (2002/2003), (Verdugo, Schalock, Arias, Gómez y Jordán de

Urríes, 2013; Verdugo et al., 2013). Este modelo ha sido validado transculturalmente (Jenaro et al., 2005).

Según Verdugo et al., (2013), los indicadores son: “percepciones, comportamientos o condiciones específicas de una dimensión, que deben ser psicométricamente validados y culturalmente sensibles, de manera que sirvan para evaluar el bienestar percibido (autoinforme) o una indicación objetiva de las experiencias de vida de la persona y sus circunstancias (observación directa)” (pp. 447-448). Los criterios para seleccionar un indicador se basan en: si el indicador está relacionado con la correspondiente dimensión de calidad de vida, la validez, la fiabilidad, la sensibilidad, la especificidad, si se puede abordar, si es oportuno, si está centrado en la persona, si se puede evaluar a lo largo del tiempo, y si es sensible a la cultura (Verdugo et al., 2013). Normalmente, se intentan desarrollar indicadores específicos para cada dimensión y adaptados a la cultura que se va a evaluar, por lo que resulta frecuente encontrarse con distintas propuestas de indicadores, aunque las diferencias entre ellas son mínimas (Verdugo et al., 2013). En el terreno que nos ocupa, esta propuesta multidimensional ha sido también empleada en personas mayores, especialmente si presentan alguna discapacidad o se encuentran en situación de dependencia (véase Aguado, Alcedo y Fontanil, 2012; Verdugo, 2002).

2.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES

Medir la calidad de vida no es sencillo, ya que el propio concepto es difícil de definir y, por tanto, también de evaluar. Aun así, se ha intentado evaluar la calidad de vida debido al aumento creciente del interés por este tema (Verdugo et al., 2009). Comenzaremos revisando las aportaciones de Verdugo y colaboradores para, posteriormente, centrarnos en la revisión realizada por Reig (2000).

Según Verdugo (2006), la medición de la calidad de vida se caracteriza por (citado por Verdugo et al., 2009):

- (1) su naturaleza multidimensional;
- (2) el uso del pluralismo metodológico que incluye tanto medidas objetivas como subjetivas;
- (3) el uso de diseños de investigación multivariada para evaluar las maneras en que las características personales y las variables ambientales se relacionan con la calidad de vida medida en una persona;
- (4) la incorporación de la perspectiva de sistemas, que

engloba los múltiples entornos que ejercen impacto sobre la persona en los niveles micro, meso y macro; y (5) la creciente participación de las personas con discapacidad intelectual en el diseño y desarrollo de la evaluación, investigación y valoración orientadas a la calidad de vida (Verdugo et al., 2009, pp. 18-19).

La evaluación psicológica de la calidad de vida de las personas mayores tiene unas peculiaridades y características propias. Una de las singularidades más importantes es la adopción de un modelo biopsicosocial, que hace necesaria una evaluación multidimensional acerca de los cambios fisiológicos, psicológicos y ambientales, así como las variables que modulan las consecuencias de estos cambios en las personas (Verdugo et al., 2009).

En cuanto a las técnicas de evaluación, la mayoría de las veces son construidas para ambientes institucionales y son completadas por el personal del centro que conoce a la persona. Así, sus ventajas son: a) la persona evaluada no interviene en la recogida de datos, por lo que se evitan los sesgos que pudieran ocurrir; b) supone un gran ahorro de tiempo porque la escala es cumplimentada por el personal del centro que conoce a la persona en cuestión; y c) puede proporcionar información acerca de la efectividad de las intervenciones (Verdugo et al., 2009). Sin embargo, podríamos decir que entre sus limitaciones se encuentra la de no situar a la persona en el centro de la evaluación, es decir, en reducir el grado en que las personas mayores son las protagonistas de sus propias valoraciones.

En España los instrumentos más relevantes para medir la calidad de vida han seguido el modelo propuesto por Schalock y Verdugo y permiten evaluar la calidad de vida en distintos tipos de población (Verdugo et al., 2013). Sin embargo, de todos ellos solo se expondrá la Escala FUMAT, ya que es la única que está dirigida al colectivo objeto de estudio de este trabajo. Así, la Escala FUMAT es una escala objetiva de calidad de vida dirigida a las personas mayores (con o sin discapacidad) y a personas con discapacidad (mayores o no) a partir de 18 años. Este instrumento evalúa de forma sencilla la calidad de vida de estas personas cuando son usuarios de servicios sociales o clientes de alguna organización con el objetivo de mejorar su calidad de vida a través de la mejora de sus servicios, programas y apoyos (Gómez, Verdugo, Arias y Navas, 2008; Verdugo et al., 2009). Según Verdugo et al. (2009), la escala FUMAT permite:

(a) obtener datos objetivos referentes a la calidad de vida de los usuarios y de las condiciones que influyen en su funcionamiento; (b) valorar con el mismo instrumento todos los servicios proporcionados (e.g., rehabilitación, unidad de memoria y Alzheimer, servicio de orientación gerontológico, consultas externas, atención al usuario); y (c) obtener datos de todos ellos en relación con cada una de las ocho dimensiones de calidad de vida (Verdugo et al., 2009, p. 25).

Reig (2000) destacó otros 10 instrumentos de evaluación de la calidad de vida de interés en gerontología y de medidas genéricas, los cuales son: EuroQol 5-D (EQ-5D), Sickness Impact Profile (SIP) o Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad, Nottingham Health Profile o Perfil de Salud de Nottingham (PSN), Cuestionario de Calidad de Vida, Cuestionario de Evaluación Funcional Multidimensional (OARS), Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC), Láminas COOP-WONCA, Short-Form 36-Item Health Survey (SF-36) o Cuestionario de Salud SF-36, WHOQOL-100 y Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI).

En primer lugar, se expondrá el EuroQol 5-D (EQ-5D), el cual es un instrumento general que mide la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y que puede utilizarse tanto en la población general (individuos sanos) como en pacientes con distintas patologías. Es el propio individuo el que valora su estado de salud según distintos niveles de gravedad en un sistema descriptivo que contiene cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Además, la persona también tiene que evaluarse de un modo más general en una escala visual analógica (EVA), que va de 0 a 100, y que refleja la valoración que hace acerca de su estado de salud global ese mismo día. Un tercer elemento de este instrumento es el índice de valores sociales para cada estado de salud, el cual oscila entre 1 (mejor estado de salud) y 0 (la muerte) (Herdman, Badia y Berra, 2001).

En segundo lugar, se hará referencia al Sickness Impact Profile (SIP) o Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad, el cual es una medida conductual basada en la disfunción relacionada con la enfermedad y que ayuda a evaluar los resultados de los servicios de salud. Debido a que ninguna medida puede proporcionar una evaluación completa de la calidad de los servicios de salud, la SIP se aplica en conjunto con otras medidas adecuadas a la situación de estudio en particular (Gilson et al., 1975).

A continuación, se describirá el Nottingham Health Profile o Perfil de Salud de Nottingham (PSN). Es un instrumento para medir el estado de salud subjetiva en áreas como la movilidad física, el dolor, el sueño, las reacciones emocionales, el aislamiento social y la energía (Hunt, McKenna, McEwen, Williams y Papp, 1981). También evalúa el efecto de la enfermedad sobre el comportamiento de las personas haciéndoles preguntas relacionadas con trabajo, tareas domésticas, participación social, relaciones familiares, vida sexual, aficiones e intereses, y vacaciones (Millán, 2011).

Por otra parte, se cuenta con el Cuestionario de Calidad de Vida, el cual fue elaborado por el Instituto de Investigación en Salud (INISA) en 1994 y mide las variables autonomía, soporte social y salud mental, parte del constructo de calidad de vida y valoración subjetiva. Consta de cinco partes: identificación, características sociodemográficas, soporte social, actividades de la vida diaria y salud mental (citado por Mora, Araya y Ozols, 2004).

Seguidamente, cabe aludir al Cuestionario de Evaluación Funcional Multidimensional (OARS), que permite evaluar la capacidad funcional de los individuos en base a cinco dimensiones (recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física y capacidad de autocuidado) (Fillenbaum y Smyer, 1981).

Posteriormente, se encuentra el Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC). Es un cuestionario utilizado para conocer la CVRS de enfermos crónicos y de personas sanas con carácter multidimensional, ya que mide distintas dimensiones de funcionalismo y de bienestar (Fernández-López, Hernández-Mejía y Siegrist, 2001). Según Siegrist, Broer y Junge (1997), dentro del funcionalismo se encuentran la capacidad física (capacidad de rendimiento), la función psicológica (capacidad para disfrutar y relajarse) y la función social (capacidad de relación); y dentro del bienestar se cuenta con el estado de ánimo positivo, el estado de ánimo negativo y el bienestar social (sentimiento de pertenencia a un grupo) (citado por Fernández-López et al., 2001).

También se deben comentar las Láminas COOP-WONCA, ya que sirven para proporcionar una medida del estado funcional del paciente en la consulta médica de atención primaria. Cada viñeta representa una dimensión de la calidad de vida y el sujeto tiene que elegir entre cinco opciones que responden a una cuestión referente al estado de salud que ha experimentado durante el último mes. El orden en que se deben

contestar las láminas es: forma física, sentimientos, actividades diarias, actividades sociales, cambios en el estado de salud, estado de salud y dolor (Lizán y Reig, 2002).

Por otro lado, se encuentra el Short-Form 36-Item Health Survey (SF-36) o Cuestionario de Salud SF-36. Esta encuesta fue diseñada para inspeccionar el estado de salud y, por tanto, se utiliza en la práctica clínica, en investigación, en evaluación de políticas de salud y en encuestas de población en general. Evalúa ocho conceptos de salud, como son las limitaciones en las actividades físicas por problemas de salud, las limitaciones en las actividades sociales debido a problemas físicos o emocionales, las limitaciones en las actividades de roles habituales debido a problemas de salud física, el dolor corporal, la salud mental general (malestar y bienestar psicológico), las limitaciones en las actividades de roles habituales debido a problemas emocionales, la vitalidad (energía y fatiga), y las percepciones generales de salud (Ware y Donald, 1992).

Para continuar, se hará referencia al WHOQOL-100. Este instrumento es elaborado por el Grupo World Health Organization Quality of Life (The WHOQOL Group) y en él se basa la Organización Mundial de la Salud para evaluar la calidad de vida. Está compuesto por cinco grandes dominios, como son la salud física, la salud psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales y el ambiente (WHOQOL Group, 1993).

Por último, se comentará el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI). Es un cuestionario dirigido a evaluar la calidad de vida en personas mayores de manera multidimensional propuesto por Fernández Ballesteros y Zamarrón (2007). Está compuesto por 21 subescalas agrupadas en las nueve dimensiones siguientes: salud (subjetiva, objetiva y psíquica), integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, satisfacción con la vida, educación, ingresos, y servicios sociales y sanitarios (citado por Calero y Navarro, 2012).

Como puede apreciarse, la mayor parte de los instrumentos son cuestionarios y escalas con ítems o respuestas cerradas. Esta apuesta casi única por este tipo de instrumentos de evaluación constituye, a nuestro modo de ver, una limitación que se ha intentado subsanar en el estudio que hemos realizado, en el que se ha optado por el empleo de entrevistas con preguntas más abiertas, como se comentará en páginas posteriores. Dicho instrumento asume en sus contenidos la importancia de indagar sobre

las diversas dimensiones de calidad de vida, y tiene en cuenta aspectos clave de los modelos teóricos de calidad de vida existentes también para la población general.

2.3 CALIDAD DE VIDA Y PERSONAS MAYORES: EVIDENCIAS EMPÍRICAS

Tras la revisión de varios estudios, se exponen en primer lugar los factores que se asocian a la calidad de vida de las personas mayores; en segundo lugar, se recogen las distintas evidencias empíricas existentes sobre el tema objeto de estudio.

2.3.1 Factores asociados a la calidad de vida en personas mayores

La vida de las personas mayores supone muchos cambios y normalmente el envejecimiento se asocia a enfermedades y pérdidas de todo tipo, aunque casi siempre estas personas consigan mantener por un tiempo prolongado, niveles adecuados de bienestar físico, psicológico y social. Los primeros estudios para mejorar las condiciones de vida de las personas mayores se centraron en sus habilidades, memoria y aprendizaje para lograr adaptarse a la vejez y a la jubilación. Más tarde, se examinó el nivel de actividad y satisfacción con la vida de estas personas. En la actualidad, los estudios de calidad de vida pretenden identificar los indicadores objetivos de la calidad de vida que hacen que la persona tenga mayor grado de bienestar. Asimismo, otras investigaciones se encargan de examinar los servicios y el apoyo social que reciben las personas mayores (Verdugo et al., 2009).

La calidad de vida depende tanto de factores ambientales como personales, por lo que se utilizan indicadores que incluyen la salud, las habilidades, la situación económica, las relaciones sociales con la familia y los amigos, la actividad física, los servicios sociales y de atención sanitaria, las comodidades que tienen en su casa y en el vecindario, la satisfacción vital, y las oportunidades para aprender y para disfrutar de la cultura. Para evaluar el bienestar subjetivo las variables que más se utilizan son las sociodemográficas y las de personalidad. El género, la edad, el estado civil y el lugar de residencia de las personas mayores parecen tener una gran importancia en la calidad de vida. Sin embargo, ésta no depende tanto del lugar en el que residen las personas como de variables relacionadas con la edad, el género y el estatus social. Así, existe mayor satisfacción con la vida en los jóvenes que en los mayores, en los hombres en comparación con las mujeres y en personas con mayor estatus que en las de menos (Moreno y Ximénez, 1996, citado por Verdugo et al., 2009).

Según Castellón (2003), los estudios de calidad de vida centrados en las personas mayores deberían incorporar aspectos subjetivos y objetivos. Los primeros se refieren a las características del ambiente (servicios sociales de salud, apoyo social, valor dado al entorno, necesidades culturales, satisfacción con la sociedad,...) y a ciertas características relacionadas con la persona (aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, necesidades,...). Por su parte, los aspectos objetivos hacen referencia a factores del contexto (culturales, calidad del ambiente, disponibilidad de los servicios,...) (citado por Aguilar, Álvarez y Lorenzo, 2011).

Leung, Wu, Lue y Tang (2004) llevaron a cabo un estudio en Taiwán para comprender los componentes de la calidad de vida de los ancianos chinos que viven en residencias o en sus propios hogares. El estudio arrojó 15 dominios agrupados en seis dimensiones: salud física (bienestar físico, impacto de la enfermedad, asistencia médica), salud psicológica (estado de ánimo, actitud ante la vida y retrospección, filosofía de vida, autoeficacia), función social (conectividad, actividades de ocio, actividades sociales y servicios), condiciones de vida (entorno de vida, factores institucionales), situación económica, y religión y muerte.

La salud es una de las variables más determinantes de la calidad de vida de la persona mayor y en ella se incluyen problemas como el deterioro cognitivo, el dolor físico y la salud mental (Aguilar et al., 2011). Esta misma conclusión se obtuvo en el estudio de Elosua (2011), en el cual se evaluaron las preferencias entre cinco dimensiones de calidad de vida para el mayor y donde se comprobó que la dimensión más relevante en el mantenimiento de una buena calidad de vida era la salud, seguida por la autonomía personal, tener una casa adaptada y adecuada, el apoyo familiar y social y, finalmente, el mantenimiento de las actividades sociales.

En la investigación llevada a cabo por Wilhelmson, Andersson, Waern y Allebeck (2005) el objetivo fue investigar lo que las propias personas mayores consideraban importante para su calidad de vida. Para ello les hicieron una pregunta abierta y las respuestas más frecuentes fueron las que tenían que ver con las relaciones sociales, seguidas de la salud, las actividades, la capacidad funcional, el bienestar, las creencias y actitudes personales, su propia casa y las finanzas. Además, pidieron a las personas mayores que eligieran de una tarjeta tres ítems que consideraran importante para la calidad de vida y la capacidad funcional fue la que se eligió con más frecuencia,

seguida por la salud física, las relaciones sociales y el poder seguir viviendo en su propia casa. Por lo tanto, estos autores concluyeron que las relaciones sociales, la capacidad funcional y las actividades influyen en la calidad de vida de las personas de edad avanzada tanto como el estado de salud.

Por su parte, Newsom y Schulz (1996) descubrieron que el menor apoyo social es una razón importante para la disminución de la satisfacción vital y el aumento de los síntomas depresivos entre la población de adultos mayores y, además, que el funcionamiento físico es un predictor del apoyo social. Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá (1996) también concluyeron que el apoyo social es una variable determinante para la calidad de vida de las personas mayores y que la falta de este apoyo disminuye la motivación para cuidarse y afecta negativamente al estado de salud (citado por Verdugo et al., 2009). Asimismo, García Cardona (1994) menciona que en las personas mayores está muy ligado al nivel de protección social el nivel de salud y de bienestar, ya que estas personas suelen tener problemas crónicos y algunas discapacidades, lo cual les lleva a utilizar los servicios sanitarios y sociales según su grado de dependencia (citado por Azpiazu et al., 2002).

Kempen, Jelicic y Ormel (1997) examinaron los principales efectos de tres características de la personalidad sobre la asociación entre la morbilidad médica crónica y la calidad de vida relacionada con la salud y concluyeron que la neurosis, el dominio y la autoeficacia influyen significativamente en los niveles de calidad de vida relacionados con la salud.

Otro trabajo llevado a cabo por Azpiazu et al. en 2002 con personas mayores de 65 años obtuvo como resultados, tras realizar 911 encuestas a este colectivo, que los principales factores asociados a mal estado de salud y a mala calidad de vida son: los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos, la falta de ejercicio y la dependencia para realizar las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria. En definitiva, se concluyó que los factores más influyentes en la calidad de vida y la percepción del estado de salud de las personas mayores son la salud mental y la capacidad funcional.

En cuanto a la percepción de la calidad de vida que tienen las personas mayores, algunos estudios señalan que es muy importante el papel que juegan los profesionales. En otras investigaciones con personas mayores y pacientes con enfermedades crónicas que no están hospitalizados, sin embargo, los indicadores que intervienen en la calidad

de vida son más de tipo subjetivo (percepción sobre su salud, memoria, deterioro intelectual, funcionamiento físico y cuestiones financieras). Por último, en personas mayores con discapacidades, los estudios de calidad de vida se centran en la atención que reciben en la residencia en la que se encuentran, siendo más relevantes en este caso los factores interactivos (Verdugo et al., 2009).

En resumen, la mayor parte de los estudios consideran que la salud, las relaciones sociales y la capacidad funcional son los determinantes que más influyen en la calidad de vida de los mayores. Asimismo, otros factores importantes en este sentido son la situación económica, el lugar donde viven y las creencias y necesidades que tienen. Todas estas evidencias han servido para plantear las preguntas de la entrevista que se ha realizado a este colectivo.

2.3.2 Evidencias empíricas sobre calidad de vida en personas mayores

La búsqueda bibliográfica efectuada nos ha permitido seleccionar varios estudios e investigaciones acerca de la calidad de vida en las personas mayores de 65 años, de especial interés para el trabajo que nos ocupa. A continuación, se expondrán algunos de ellos.

Así pues, varios trabajos inciden en el peso de variables sociodemográficas como el sexo y la edad y así, según un estudio realizado a personas mayores de 65 años que vivían en sus propios domicilios en Madrid, las mujeres tienen una peor percepción de su estado de salud y su calidad de vida que los hombres. Asimismo, este estudio también reveló que los mayores de 80 años tienen peores puntuaciones en los cuestionarios sobre calidad de vida que tuvieron que cumplimentar (EuroQol y PSN), pero aun así, no percibían peor su estado de salud que los menores de 80 años (Azpiazu et al., 2003).

En otro estudio llevado a cabo en Murcia entrevistando de manera estructurada a personas mayores de 65 años se preguntó por diversos aspectos de la vida de estas personas. En cuanto a la situación económica, casi la mitad de la población tenía una pensión inferior a 420 euros y las mujeres presentaban mayores dificultades en este tema que los hombres. Por otra parte, las preocupaciones más importantes de este sector de la población son la salud (70,1%), la soledad, el rechazo de la sociedad por el hecho de ser mayor y la inexistencia de ayudas económicas y sociales que puedan paliar sus necesidades. También se les preguntó acerca de su situación familiar y más de la mitad

vivían con su pareja. Por último, cabe destacar que los mayores de este municipio reclamaban un mayor impulso de las residencias por parte de la Administración (Medina y Carbonell, 2004).

Por otro lado, en un estudio realizado en Jaén y Granada específicamente sobre las diferencias de género en la calidad de vida de los mayores, medida con el CUBRECAVI, se observaron diferencias entre hombres y mujeres en algunas escalas. Así, los hombres obtuvieron mayores puntuaciones en salud subjetiva y objetiva y en habilidades funcionales, y presentaron menos quejas físicas y una mayor independencia que las mujeres. Sin embargo, las mujeres tuvieron mayores puntuaciones que los hombres en otras escalas: integración social y uso de servicios sociales (Navarro, Calero y Calero-García, 2014).

Fuera de nuestro país se ha investigado sobre la calidad de vida percibida de los adultos mayores en la provincia de Matanzas (Cuba) y los resultados que se obtuvieron fueron: un mayor predominio de la calidad de vida percibida baja (43,3%) frente a la media y la alta, un empeoramiento de la calidad de vida a medida que se incrementa la edad y disminuye el grado de escolaridad de la persona y ninguna diferencia en cuanto al sexo ni el estado civil (Dueñas, Bayarre, Triana y Rodríguez, 2009).

Por último, Mora et al. (2004) llevaron a cabo un estudio en la población costarricense de entre 60 y 75 años para conocer la relación entre diferentes variables que forman parte de la calidad de vida subjetiva de la persona según el género. Los resultados que obtuvieron fueron que la calidad de vida percibida por las personas mayores (con sus dimensiones de soporte social, autonomía y salud mental) no difiere en cuanto al género, excepto en la depresión, la cual predomina más entre las mujeres.

3 PARTE EMPÍRICA: APLICACIÓN E INTERPRETACIÓN DE UNA ENTREVISTA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA PARA PERSONAS MAYORES

3.1 OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo que se ha perseguido en esta investigación ha sido conocer la calidad de vida de las personas mayores de 65 años, así como los factores generadores de malestar y bienestar, mediante una entrevista compuesta por 10 preguntas.

Las hipótesis que nos planteamos, conforme a las evidencias disponibles en estudios previos, son las siguientes:

- (1) Habrá diferencias significativas asociadas al género en la percepción de la calidad de vida de los mayores.
- (2) Habrá diferencias significativas asociadas a la edad en cuanto a la percepción de la calidad de vida de las personas mayores.
- (3) La escolarización o no de los mayores influirá significativamente en la percepción de su calidad de vida.
- (4) El estar solo o acompañado influirá significativamente en la calidad de vida de las personas mayores.

3.2 MÉTODO

3.2.1 Participantes

La muestra está formada por 51 participantes (26 hombres y 25 mujeres) con edades comprendidas entre los 65 y los 90 años y cuya media de edad es de 73,6 años. En cuanto a la educación que habían recibido, todos menos un participante (que tenía estudios universitarios) afirmaron no haber sido escolarizados o únicamente haber cursado hasta la educación primaria. Asimismo, un poco más de la mitad de la muestra (56,9%) estaban casados, seguido por los viudos (29,4%); el resto no habían estado casados nunca, estaban divorciados o vivían con su pareja.

3.2.2 Diseño y análisis

Se trata de un estudio mixto cuantitativo-cualitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal. Las preguntas abiertas han sido codificadas independientemente por parte de la autora y tutora del presente estudio, a partir de unos códigos establecidos de

antemano (véase Anexo 1). Se han empleado índices de acuerdo entre jueces (Kappa de Cohen, Kappa de Fleiss y Alfa de Krippendorff) para valorar la concordancia de las valoraciones. Una vez contrastada la concordancia de las codificaciones, se ha procedido a obtener la frecuencia de cada una de las dimensiones de las variables y, junto a ella, los porcentajes de cada una en los casos en los que resulta relevante.

Por su parte, las variables cuantitativas han sido analizadas empleando estadísticos descriptivos, correlaciones de Pearson y estadísticos inferenciales, más concretamente, Anovas (análisis de varianza). Los análisis han sido realizados con el programa SPSS. El nivel de significación establecido para los análisis ha sido de $\alpha = 0,05$.

3.2.3 Instrumento

El instrumento empleado ha consistido en una entrevista de 10 preguntas, tanto abiertas como cerradas, elaboradas por la autora y tutora del presente estudio. Las preguntas de esta entrevista, junto con el apartado relativo a datos sociodemográficos, se presentan en el Anexo 3.

La principal característica de este instrumento es que combina preguntas abiertas, del tipo: *“¿Qué cosas, actividades y/o personas de su vida hacen que se sienta mejor o más alegre?”*, con preguntas cerradas, del tipo: *“Si tuviera que valorar su calidad de vida (lo a gusto que se siente con su vida) del 1 al 10, siendo el 10 la máxima nota, ¿qué puntuación se daría?”*. Esto tiene muchas ventajas, ya que permite a las personas extenderse más en sus respuestas y no solo limitarse a dar una respuesta de las ya estipuladas (como en las escalas Tipo Likert). Además, el hecho de que haya preguntas abiertas hace que las personas que contestan lo hagan con mayor sinceridad y flexibilidad que las que tienen que responder a muchas preguntas dando un valor numérico en una escala. Es sabido que los cuestionarios amplios y con respuestas cerradas, sobre todo si se emplean con población como la que nos ocupa (personas mayores y con un nivel educativo bajo), reduce la motivación y genera problemas de comprensión en muchos informantes, lo que lleva, a su vez, a que sus respuestas muchas veces no se correspondan con lo que de verdad piensan. Una ventaja adicional de este formato es que permite obtener una mayor variedad de respuestas cuando la gente no tiene limitaciones para responder. Por tanto, las ventajas son tanto cuantitativas como cualitativas.

Además, el instrumento realiza un repaso a las principales áreas de la calidad de vida, como son el estado físico, el estado de ánimo, la vivienda, las actividades, las personas que influyen en su vida, la familia, y los amigos y vecinos. A todo esto se le añaden tres preguntas sobre qué es lo mejor y lo peor de hacerse mayores, qué puntuación se darían al valorar su calidad de vida y qué recomendarían a otras personas mayores para que fueran felices. Estas tres últimas preguntas nos dan una visión más personal de cada uno de los entrevistados acerca de la calidad de vida con el paso de los años. Las preguntas son coherentes con los aspectos clave señalados en la bibliografía sobre determinantes y dimensiones de calidad de vida en personas mayores.

3.2.4 Procedimiento

Tras la configuración del instrumento (véase Anexo 3) y del consentimiento informado (véase Anexo 2), se procedió a la búsqueda de voluntarios para responder a la entrevista. El proceso de recogida de información, realizado íntegramente por la autora del presente estudio, supuso un mes de trabajo (del 7 de noviembre al 5 de diciembre de 2015), durante el cual se realizaron las entrevistas a las personas mayores de 65 años con plena capacidad para responder a las preguntas. A los posibles participantes se les explicaba el objetivo del estudio y ellos decidían si otorgaban su consentimiento o no para poder hacerles la entrevista y grabar sus respuestas. No hubo problemas para obtener los consentimientos informados, ya que todos los participantes accedieron a contestar a la entrevista en cuanto se le propuso. A continuación, se les hacían las preguntas sobre la información demográfica (sexo, edad, nivel de educación más alto y estado civil) para después pasar a las 10 preguntas de la entrevista.

Cuarenta de las 51 entrevistas fueron realizadas en la localidad de Montehermoso (Cáceres), acudiendo a los diferentes puntos del pueblo donde se suelen reunir personas de esta edad (parque y Hogar del Pensionista, donde se solicitaron los correspondientes permisos para realizar las entrevistas). También se realizaron entrevistas caminando por algunas de las calles más transitadas, con objeto de lograr una muestra de 50 participantes. En algunos casos, las entrevistas se realizaron en el mismo sitio donde se encontraban las personas, pero otras fueron realizadas en sus propias casas porque ofrecieron pasar a la autora del trabajo para estar más tranquilos. Otros sitios donde se hicieron entrevistas fueron Salamanca, Morcillo (Cáceres), Cáceres capital y Madrid.

3.3 RESULTADOS

3.3.1 Análisis previos de la fiabilidad de la codificación de las respuestas abiertas

Como se señaló previamente, para cada una de las respuestas abiertas dadas por los participantes, tanto la autora como la tutora del presente trabajo codificaron las respuestas por separado para, posteriormente, determinar la concordancia entre las valoraciones realizadas mediante un análisis de acuerdos entre jueces. Los códigos empleados se adjuntan en el Anexo 1.

Según Almuedo-Paz et al. (2014), el coeficiente Kappa de Cohen se interpreta de un modo parecido al Alfa de Cronbach, por lo que valores cercanos a 0 se refieren a correlaciones al azar y valores cercanos a 1 serían correlaciones perfectas entre las valoraciones de los jueces. Tanto este índice como todos los empleados posteriormente, se consideran adecuados con valores en torno a 0,70. Según Lombard, Snyder-Duch, y Campanella (2010) el porcentaje de acuerdo empleado es menos restrictivo o exigente, mientras que los índices (Pi de Scott, Kappa de Cohen y Alfa de Krippendorff) son más conservadores. Para hallar estos valores se utilizó la aplicación disponible online ReCal2, que calcula los cuatro coeficientes de fiabilidad mencionados y que son los más utilizados para los datos nominales.

Así pues y, a tenor de los valores que aparecen en la Tabla 2, se puede decir que las diferencias entre la Pi de Scott, la Kappa de Cohen y el Alfa de Krippendorff son mínimas y, en la mayoría de las ocasiones, las diferencias son de milésimas. Estos coeficientes se encuentran mayoritariamente por encima de 0,80, lo que indica una elevada concordancia entre las valoraciones de los jueces.

Tabla 2. Concordancia entre codificaciones de los jueces a preguntas abiertas

Ítems	Porcentaje de acuerdo	Pi de Scott	Kappa de Cohen	Alfa de Krippendorff	Nº Acuerdos	Nº Desacuerdos	Nº Casos	Nº Decisiones
it01	74,5%	0,609	0,609	0,612	38	13	51	102
it02	86,3%	0,786	0,787	0,788	44	7	51	102
it03p	89,2%	0,854	0,855	0,855	58	7	65	130
it03n	86,2%	0,812	0,813	0,815	25	4	29	58
it04p	87,9%	0,861	0,861	0,861	109	15	124	248
it04pp	96,3%	0,955	0,955	0,955	52	2	54	108
it05n	82,6%	0,803	0,804	0,807	19	4	23	46
it06vf	84,3%	0,72	0,721	0,723	43	8	51	102
it07rel	97,9%	0,962	0,962	0,962	47	1	48	96

Ítems	Porcentaje de acuerdo	Pi de Scott	Kappa de Cohen	Alfa de Krippendorff	Nº Acuerdos	Nº Desacuerdos	Nº Casos	Nº Decisiones
it08mp	79,1%	0,667	0,67	0,671	34	9	43	86
it08mneg	78,7%	0,703	0,708	0,707	37	10	47	94
recom	87,5%	0,827	0,827	0,828	56	8	64	128

Notas: it01 = estado físico, it02 = estado de ánimo, it03p = vivienda positivo, it03n = vivienda negativo, it04p = actividad positiva, it04pp = personas positivas, it05n = actividad negativa, it06vf = valoración de la familia, it07rel = relación especial, it08mp = mayor positivo, it08mneg = mayor negativo, recom = recomendaciones.

3.3.2 Valoración cuantitativa de la calidad de vida y variables asociadas

Comenzando por la exposición de los resultados relativos a la percepción de la calidad de vida de los participantes, tal y como se aprecia en la Tabla 3, la muestra se percibe con una elevada calidad de vida, como lo demuestra el hecho de que ante la pregunta en que debían valorar su calidad de vida la media es 8,44 sobre 10 (véase Tabla 3). Un ejemplo que avala este resultado es la siguiente respuesta: *“No le doy un 10 porque a lo mejor me llama usted exagerado, pero vamos, por lo menos un 9. Yo me siento totalmente a gusto. Me he sentido siempre bien con mi trabajo y con mi familia y, por lo tanto, yo me siento totalmente feliz”* (Hombre, 66 años).

Asimismo, valoran bastante positivamente la relación con su familia y los vecinos o amigos, como puede verse en la Tabla 3. Con respecto a la primera, una respuesta típica fue: *“Todo. La familia para mí es el eje principal. Para mí la familia es todo. Eso es lo primordial, el todo, la familia. También por eso precisamente, por querer tanto, se sufre algunas veces”* (Mujer, 80 años). Y respecto a la pregunta acerca de cómo valoran su relación con los vecinos y amigos una respuesta fue: *“Todo. Los vecinos, la gente que tengo a mi alrededor que se relacionan conmigo pues es mucho, mucho ánimo, mucha satisfacción el estar hablando con ellos y saber que tienes alguien que te escucha”* (Mujer, 80 años).

Sin embargo, presentan valores más bajos cuando se les pregunta por su estado físico y su estado de ánimo (véase Tabla 3). Esto podemos verlo ante las siguientes respuestas dadas por los mayores: *“Yo de estado físico pues no me encuentro bien porque me he operado y tengo mis problemas y tengo muchas cosas”* (Hombre, 78 años) y *“De estado de ánimo regular. Sí, porque tengo mucha preocupación por el problema que acaece a mi mujer por lo que ella padece porque está a punto de ser posiblemente de ser operada por tercera vez de una pierna y eso me preocupa mucho”* (Hombre, 87 años).

Tabla 3. Puntuaciones promedio y dispersión en las preguntas cerradas sobre calidad de vida

Ítems	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
it01_estado físico	51	1	4	2,78	0,88
it02_estado ánimo	51	1	4	2,94	0,76
it06_valorac_familia	51	2	4	3,53	0,58
it07_valorac_relaciones	51	2	4	3,57	0,54
calvi (1 a 10)	51	3	10	8,44	1,75

Al estudiar las correlaciones entre las variables anteriores se encontró una relación positiva y significativa (véase Tabla 4) entre el estado de ánimo y la valoración que hacen de la relación con los vecinos, así como con el mencionado estado de ánimo y la calidad de vida percibida. No se encuentran asociaciones significativas entre las demás variables.

Tabla 4. Correlaciones entre las dimensiones y la valoración global de la calidad de vida

	it02_estado ánimo	it06_valorac_fam	it07_valorac_relac	calvi (1 a 10)
it01_estado físico	0,220	0,111	-0,074	0,095
it02_estado ánimo		0,118	0,279*	0,440**
it06_valorac_familia			0,170	-0,067
it07_valorac_relaciones				-0,218

* signif. al nivel 0,05 (bilateral); ** signif. al nivel 0,01 (bilateral).

A continuación, se presentan los resultados derivados del contraste de hipótesis y así, en primer lugar y respecto a las diferencias esperadas en función del género, los análisis de varianza realizados indicaron una ausencia de diferencias significativas entre hombres y mujeres en las variables estudiadas (véase Anexo 4, Tabla 15).

En segundo lugar, tras realizar el contraste de hipótesis para las diferencias esperadas en función de la edad, los resultados obtenidos en el análisis de varianza mostraron igualmente una ausencia de diferencias significativas (véase Anexo 4, Tabla 16).

Haciendo referencia al nivel de estudios y habiendo sido éste recodificado en dos grupos (sin escolarización y escolarización primaria o superior) por falta de muestra de otros niveles educativos, se realizó un contraste de hipótesis para comprobar las predicciones. En la línea de los resultados previos, los análisis de varianza indican que no hay diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas entre las personas mayores que no tuvieron escolarización y las que sí la tuvieron (véase Anexo 4, Tabla 17).

Por último, en cuanto al estado civil, el contraste de hipótesis se ha hecho en función de si la persona se encuentra sola o acompañada y los análisis evidenciaron también una ausencia de diferencias significativas en función de esta variable (véase Anexo 4, Tabla 18).

3.4 ANÁLISIS DE LOS FACTORES GENERADORES DE MALESTAR Y BIENESTAR EN LOS ENTREVISTADOS

El análisis de las respuestas abiertas codificadas permite profundizar en los factores que en la población objeto de estudio generan bienestar y malestar, ya que es el objetivo que se persigue en esta investigación. Así pues, y comenzando por el análisis de las condiciones materiales que rodean a estas personas, y en respuesta a la pregunta: “¿Se encuentra a gusto donde vive? ¿Qué es lo que más le gusta? ¿Qué lo que menos?”, la Tabla 5 ilustra lo que más les gusta a las personas mayores, pudiéndose apreciar una elevada satisfacción con los aspectos materiales o físicos del entorno (43,08%), seguidos por los aspectos materiales o físicos de la vivienda (20%).

Tabla 5. Aspectos que más les gustan a las personas mayores del sitio donde viven

¿Qué es lo que más le gusta?	N	%
Aspectos materiales o físicos de la vivienda (condiciones materiales)	13	20,00
Aspectos psicosociales del microsistema (familia, personas con quienes se vive)	8	12,31
Aspectos psicosociales del mesosistema (vecinos, amigos)	9	13,85
Aspectos materiales o físicos del entorno (e.g. servicios de transporte, salud, ocio, en el entorno)	28	43,08
Todo	7	10,77
Total	65	100,00

En cuanto a lo que menos les gusta del sitio donde viven, hubo muchas personas que contestaron que no había nada que les disgustara, por lo que estas respuestas se han eliminado del análisis y son en sí mismas un dato relevante. Los resultados que aparecen en la Tabla 6 muestran que lo que menos les gusta a los mayores del sitio donde viven son los aspectos materiales o físicos del entorno (38,89%), a los cuales les siguen los aspectos psicosociales del mesosistema (33,33%) (e.g. “*Lo que menos me gusta a lo mejor pues algún vecino que mete ruido*”, hombre, 70 años). Curiosamente, el mayor porcentaje coincide tanto en lo que más les gusta como en lo que menos.

Tabla 6. Aspectos que menos les gustan a las personas mayores del sitio donde viven

¿Qué es lo que menos?	N	%
Aspectos materiales o físicos de la vivienda (condiciones materiales)	4	22,22
Aspectos psicosociales del microsistema (familia, personas con quienes se vive)	1	5,56
Aspectos psicosociales del mesosistema (vecinos, amigos)	6	33,33
Aspectos materiales o físicos del entorno (e.g. servicios de transporte, salud, ocio, en el entorno)	7	38,89
Total	18	100,00

Respecto a la pregunta “¿*Qué cosas o actividades hacen que se sienta mejor o más alegre?*”, en la Tabla 7 se puede apreciar que hay bastante diversidad en las preferencias, siendo la variable más nombrada la que hace referencia al ocio fuera del hogar (16,26%), seguida por el ocio bajo abrigo (15,45%) y el ocio acompañado (13,82%).

Tabla 7. Cosas o actividades que hacen que los mayores se sientan mejor o más alegres

	N	%
Ocio solo	13	10,57
Ocio acompañado	17	13,82
Ocio en el hogar	9	7,32
Ocio fuera del hogar	20	16,26
Ocio que implica actividad física	16	13,01
Ocio que no implica actividad física	16	13,01
Ocio al aire libre	13	10,57
Ocio bajo abrigo	19	15,45
Total	123	100,00

Por su parte, respecto a la pregunta: “¿*Qué cosas o actividades hacen que se sienta peor o más triste?*”, en la Tabla 8 podemos ver que lo que hace que las personas mayores se sientan peor o más tristes son las desgracias en el mundo, las guerras y los conflictos (34,48%), seguido por las preocupaciones y los problemas (27,59%).

Tabla 8. Cosas o actividades que hacen que los mayores se sientan peor o más tristes

	N	%
Muertes, pérdidas, fallecimientos	3	10,34
Desgracias en el mundo, guerras, conflictos	10	34,48
Relaciones interpersonales	2	6,90
Preocupaciones, problemas	8	27,59
Soledad	3	10,34
Enfermedades	3	10,34
Total	29	100,00

Una vez expuestos los factores alusivos a condiciones físicas, materiales o a circunstancias que mejoran o empeoran la satisfacción vital de los participantes, se pasará a analizar los aspectos relativos a las relaciones interpersonales. Así, ante la pregunta: “¿*Qué personas de su vida hacen que se sienta mejor o más alegre?*”, en la

Tabla 9 podemos ver que la mayor fuente de alegría son los nietos/as (28,30%), después los hijos/as (20,75%) y luego la familia en general (13,21%). También el marido, la mujer o la pareja ocupa un puesto importante del total (11,32%).

Tabla 9. Personas que transmiten bienestar y alegría a las personas mayores

	N	%
Marido/mujer/pareja	6	11,32
Hermanos/hermanas	2	3,77
Hijos/as	11	20,75
Nietos/as	15	28,30
Familia (en general, sin especificar)	7	13,21
Amigos/as	4	7,55
Vecinos/as	5	9,43
Compañeros de actividades	3	5,66
Profesionales (de salud, servicios)	0	0,00
Total	53	100,00

Respecto a la pregunta “¿Qué personas de su vida hacen que se sienta peor o más triste?”, debido a que muy pocas personas respondieron esta pregunta porque nadie les hacía sentir mal, en la Tabla 10 tan solo se muestran las frecuencias. Aun así, se ha hecho distinción entre problemas de salud de otras personas y problemas de relación con otras personas. En cuanto a los primeros, los que más preocupan a los mayores son los problemas con los nietos, con una frecuencia de 4, y los problemas con los hijos, con una frecuencia de 3. Por su parte, en los problemas de relación destacan los problemas con la familia en general, con una frecuencia de 5.

Tabla 10. Personas que hacen sentir peor o más tristes a las personas mayores

	Salud	Relaciones
Problemas con marido/mujer/pareja	2	1
Problemas con hermanos/hermanas	1	2
Problemas con hijos/as	3	1
Problemas con nietos/as	4	0
Problemas con familia (en general, sin especificar)	1	5
Problemas con amigos/as	1	0
Problemas con vecinos/as	2	0
Problemas con compañeros de actividades	2	0
Problemas con profesionales (de salud, servicios)	0	0

En cuanto a la pregunta: “¿Tiene amigos, vecinos o gente con la que se relaciona a menudo?”, el grupo más nombrado son los vecinos (62,50%), seguido por los amigos (25%) y, por último, los compañeros de actividades (12,50%) (véase Tabla 11).

Tabla 11. Gente con la que se relacionan a menudo las personas mayores

	N	%
Amigos/as	12	25,00
Vecinos/as	30	62,50
Compañeros de actividades	6	12,50
Total	48	100,00

Un último bloque de preguntas trata de explorar el significado de la vejez, del envejecer o del hacerse mayor. Así, ante la pregunta: “¿*Qué es lo mejor de hacerse mayor?*”, las respuestas más frecuentes se encuadran en la variable bienestar emocional (62,79%), que se relaciona con comentarios de satisfacción por haber llegado a esta fase, tranquilidad, paz, y aceptación de este momento vital (e.g.: “*Lo llevo bien, lo tolero bien porque sé que es así la vida y ya, como yo digo, ya lo tenemos todo hecho, ¿sabes?*”, mujer, 76 años), seguida muy de lejos por la respuesta de que no había nada bueno en el hecho de hacerse mayor (13,95%) y de la variable bienestar material (9,30%) (e.g.: “*Tienes tu pensión, tienes más tiempo libre y quizás sea eso lo mejor de hacerte mayor. Vas más de vacaciones y tal*”, hombre, 66 años) (véase Tabla 12).

Tabla 12. Opiniones de las personas mayores acerca de lo bueno de hacerse mayor

	N	%
Nada	6	13,95
Bienestar emocional	27	62,79
Relaciones interpersonales	3	6,98
Bienestar material	4	9,30
Desarrollo personal	0	0,00
Bienestar físico	1	2,33
Autodeterminación	1	2,33
Inclusión social	1	2,33
Derechos	0	0,00
Total	43	100,00

También se les preguntó a las personas mayores por su percepción acerca de lo peor de ir envejeciendo. La Tabla 13 refleja que la mitad de la muestra opinaba que el malestar emocional era lo peor de hacerse mayor, seguido por los problemas de salud física (20,83%) (e.g.: “*Pues que luego ya llega la edad y ya no vales para nada, ¿no? ¿Qué bueno va a tener ya eso? Que no podemos ya movernos*”, hombre, 80 años).

Tabla 13. Opiniones de las personas mayores acerca de lo peor de hacerse mayor

	N	%
Nada	3	6,25
Malestar emocional	24	50,00
Pérdida, escasez o ausencia de relaciones interpersonales	2	4,17
Escasez o bajas condiciones materiales	1	2,08
Pérdida de capacidades o competencia personal	7	14,58
Problemas de salud física	10	20,83

	N	%
Pérdida de capacidad de elegir y de autodeterminación	0	0,00
Escasez de inclusión social o aislamiento	1	2,08
Pérdida o reducción de derechos	0	0,00
Total	48	100,00

Finalmente, y en cuanto a la pregunta: “¿*Qué recomendaría a otras personas mayores para que se sintieran felices?*”, las respuestas más frecuentes se relacionan con el bienestar emocional (34,92%) (e.g.: “*Que lleven una vida tranquila, sin problemas, con pocas críticas y vivir tú normalmente y ya está*”, mujer, 67 años), seguido de las relaciones interpersonales (31,75%) (e.g.: “*Pues que vivan la vida a gusto con la familia*”, hombre, 77 años) y, en tercer lugar, la inclusión social (25,40%) (e.g.: “*Pues mira, que salgan de casa, (...) que nos divertimos mucho, y que no se estén metidos en casa, que salgan y hagan amistad, que nosotros estamos aquí y vienen de muchos pueblos y de todo y estamos como si fuéramos todos hermanos (...) y eso le encomiendo y se lo recomiendo a cualquiera, que lo mejor es salir, no meterse en casa y estarte encerrada. Eso es lo mejor*”, mujer, 68 años). Los resultados se pueden ver en la Tabla 14.

Tabla 14. Recomendaciones de las personas mayores a otras personas de su misma edad para que se sientan felices

	N	%
Bienestar emocional	22	34,92
Relaciones interpersonales	20	31,75
Bienestar material	0	0,00
Desarrollo personal	0	0,00
Bienestar físico	5	7,94
Autodeterminación	0	0,00
Inclusión social	16	25,40
Derechos	0	0,00
Total	63	100,00

4 DISCUSIÓN

La combinación de datos cuantitativos y cualitativos permite dar respuesta a los objetivos planteados y cuyos aspectos más relevantes se destacan a continuación. En primer lugar, se puede decir que las personas mayores de este estudio se valoran con una elevada calidad de vida, lo cual contradice a otros estudios, como el de Dueñas et al. (2009). El hecho de que los participantes de la investigación sean personas mayores que viven en sus hogares (y, por tanto, con buena salud) y en localidades pequeñas puede ayudar a explicar estas diferencias.

Asimismo, estos mayores valoran bastante bien la relación con su familia y con los vecinos o amigos. Hay muchas investigaciones que apoyan el hecho de que tener buenas relaciones sociales mejora la calidad de vida (Newsom y Schulz, 1996; Wilhelmson et al., 2005). El papel de los nietos y de los vecinos es destacable en el presente estudio y nos ofrece vías para mejorar la satisfacción vital en nuestros mayores.

Por otro lado, la muestra presenta valores algo más bajos cuando se le pregunta por su estado físico y su estado de ánimo. Esto puede deberse a que una de las preocupaciones más importante de los mayores de 65 años, según un estudio de Medina y Carbonell (2004) en Murcia, es la salud. Otros estudios mencionados anteriormente también apoyan esta idea (Leung et al., 2004; Elosua, 2011; Aguilar et al., 2011). Sin embargo, las correlaciones obtenidas entre el estado de ánimo y la satisfacción con las relaciones interpersonales, así como la ausencia de asociaciones significativas entre estado físico y calidad de vida, pone de nuevo de manifiesto la importancia de los aspectos psicosociales para la percepción de una vida de calidad, pese a tener limitaciones físicas.

El contraste de las hipótesis planteadas permite también destacar algunos aspectos. Así, se ha encontrado que, en coincidencia con otros estudios, no existen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la calidad de vida (Mora et al., 2004; Dueñas et al., 2009). Sin embargo, otros sí encuentran diferencias entre ambos sexos (Azpiazu et al., 2003; Navarro et al., 2014), lo que pudiera deberse a factores adicionales culturalmente determinados como las mayores cargas familiares, entre otros factores.

En cuanto a la edad, a diferencia de los resultados obtenidos en el estudio de Dueñas et al. (2009), en el que se aprecia un deterioro de la calidad de vida según

incrementa la edad, este estudio está más próximo a los hallazgos de Azpiazu et al. (2003), que sugiere que aunque puedan existir diferencias objetivas (en salud, etc.), la percepción subjetiva de la calidad de vida no necesariamente puede verse condicionada por esta variable. Los resultados del presente estudio subrayan la importancia de considerar fundamentalmente los aspectos subjetivos (i.e. percepciones) a la hora de valorar la calidad de vida de las personas mayores. Ello requiere de evaluaciones que vayan más allá de la calidad de aspectos objetivos, como los relacionados con la salud y con la inexorable pérdida de capacidades relacionadas con la edad.

Otra de las hipótesis planteadas predecía que no habría diferencias significativas en la calidad de vida de los mayores atendiendo a su grado de escolarización y, en efecto, fue así. Sin embargo, en el trabajo de Dueñas et al. (2009) afirman que la calidad de vida de los mayores empeora a medida que disminuye la escolarización de la persona. Los resultados obtenidos en el presente estudio pueden deberse a la poca variabilidad hallada en esta variable o al efecto homogeneizador de una procedencia y condiciones de vida similares. Desde otra perspectiva, podría decirse que las condiciones psicosociales y físicas pueden servir como amortiguador de las diferencias en oportunidades educativas, lo que es también una buena noticia desde el punto de vista de la promoción de la calidad de vida en este colectivo.

En cuanto al estado civil de la persona en cuestión, no se han encontrado diferencias significativas entre las personas que están solas y las que están acompañadas, lo que contradice la hipótesis de partida. Sin embargo, hay estudios que corroboran este resultado (Dueñas et al., 2009) y, de nuevo, los resultados obtenidos sugieren que las personas más significativas en cuanto a su asociación con la felicidad son los descendientes (especialmente los nietos) y los vecinos y amigos del entorno. El hecho de vivir en pequeñas localidades donde “todos nos conocemos” puede contribuir a explicar los presentes hallazgos.

Por último, en cuanto a los factores generadores de malestar y bienestar, los resultados subrayan la importancia de un contexto de apoyo caracterizado por buenas relaciones con amigos, familia y vecinos, así como la importancia de contar con servicios y actividades de ocio variadas y fuera del hogar. Las propias personas entrevistadas consideran que lo más importante para vivir felices es precisamente aceptar ese momento vital y cultivar las relaciones y la inclusión social.

5 CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA

Una de las principales conclusiones que se puede obtener de este estudio es que la vejez no tiene por qué afectar negativamente a la calidad de vida. Además, las relaciones sociales son un elemento clave en la percepción de esta satisfacción vital. Por otro lado, la salud física, pese a experimentar un declive, en personas mayores sanas tampoco afecta sustancialmente a la calidad de vida percibida. Estos resultados son generalizables a todos los participantes objeto de estudio, con independencia del sexo, la edad, el grado de escolarización, o el estado civil de las personas mayores.

Los presentes hallazgos subrayan la importancia de promover oportunidades de inclusión social y de mantenimiento de relaciones interpersonales, así como de garantizar unas condiciones materiales y físicas del hogar, del entorno inmediato y del entorno más amplio o macrosistema. Los profesionales de la salud, junto con los proveedores de servicios sociales, entre otros, tienen ante sí importantes retos en este sentido. El hecho de que los profesionales no sean mencionados como elementos favorecedores de la calidad de vida debiera servirnos de reflexión y autocrítica.

No deseamos finalizar este trabajo sin aludir a algunas limitaciones que deberán ser resueltas en posteriores estudios. Así, por un lado, la muestra consta únicamente de 51 personas y es también una muestra con escasa variabilidad, ya que muchas de las entrevistas se realizaron en un mismo pueblo. Por lo tanto, estudios posteriores con muestras más amplias y variadas en cuanto a condiciones físicas, psicológicas y sociales permitirán confirmar o refutar los resultados aquí obtenidos. En estudios posteriores sería también interesante emplear otras técnicas de recogida de información (e.g. cuestionarios, información de terceros) para contrastar la fiabilidad de las respuestas obtenidas y poder controlar sesgos relacionados con la deseabilidad social, o la falta de información sobre algunos aspectos.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguado, A. L., Alcedo, M. A., y Fontanil, Y. (2012). Proceso de envejecimiento en personas con discapacidad intelectual de Castilla y León: calidad de vida y necesidades percibidas. En M.A. Verdugo, R. Canal, C. Jenaro, M. Badia y A. L. Aguado (Coords.), *Aplicación del paradigma de calidad de vida a la intervención con personas con discapacidad desde una perspectiva integral* (pp. 95-121). Salamanca, España: INICO. Recuperado de http://www.infoautismo.es/wp-content/uploads/2015/10/Cap.Libros_4.pdf
- Aguilar, J. M., Álvarez, J., y Lorenzo, J. J. (2011). Factores que determinan la Calidad de Vida de las Personas Mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 161–168.
- Almuedo-Paz, A., Herrera-Usagre, M., Buiza-Camacho, B., Julián-Carrión, J., Carrascosa-Salmoral, M. P., Martín-García, S. M., y Salguero-Cabalgante, R. (2014). Fiabilidad inter-jueces en evaluaciones portafolio de competencias profesionales en salud: el modelo de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. *Medwave*, 14(6). doi: 10.5867/medwave.2014.06.5998
- Azpiazu, M., Cruz, A., Villagrasa, J. R., Abanades, J. C., García, N., y Álvarez de Mon Rego, C. (2003). Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Atención primaria*, 31(5), 285–294.
- Azpiazu, M., Cruz, A., Villagrasa, J. R., Abanades, J. C., García, N., y Alvear, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*, 76(6), 683–699.
- Baltes, P. B., y Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimisation with compensation. En P. B. Baltes y M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-35). Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Bigelow, D. A., Brodsky, G., Stewart, L., y Olson, M. (1982). The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. En G. J. Stalher y W. R. Tash (Eds.), *Innovative approaches to mental health evaluation* (pp. 345-368). Nueva York, Estados Unidos: Academic Press Inc.
- Calero, M. D., y Navarro, E. (2012). Envejecimiento óptimo: marcadores psicosociales de la evolución cognitiva en personas mayores de 80 años. *Informació Psicològica*, 104, 13-28.
- Cummins, R. A. (2000). Personal Income and Subjective Well-being: A Review. *Journal of Happiness Studies*, 1(2), 133-158. doi: 10.1023/A:1010079728426
- Dueñas, D., Bayarre, H. D., Triana, E., y Rodríguez, V. (2009). Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(2), 1–15.
- Elosua, P. (2011). Subjective Values of Quality of Life Dimensions in Elderly People. A SEM Preference Model Approach. *Social Indicators Research*, 104(3), 427–437. doi: 10.1007/s11205-010-9752-y

- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*, 73, 89-104.
- Fernández-Ballesteros, R., y Maciá, A. (1993). Calidad de vida en la vejez. *Intervención Psicosocial*, 2(5), 77-94. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1993/vol2/arti7.htm>
- Fernández-López, J. A., Hernández-Mejía, R., y Siegrist, J. (2001). El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. *Atención Primaria*, 28(10), 680-689.
- Fillenbaum, G. G., y Smyer, M. A. (1981). The development, Validity, and Reliability of the OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. *The Journal of Gerontology*, 36(4), 428-434. doi: 10.1093/geronj/36.4.428
- Gilson, B. S., Gilson, J. S., Bergner, M., Bobbit, R. A., Kressel, S., Pollard, W. E., y Vesselago, M. (1975). The sickness impact profile. Development of an Outcome Measure of Health Care. *American Journal of Public Health*, 65(12), 1304-1310.
- Gómez, L. E., Verdugo, M. A., Arias, B., y Navas, P. (2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala FUMAT. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 189-199.
- Herdman, M., Badia, X., y Berra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención Primaria*, 28(6), 425-429.
- Hunt, S. M., McKenna, S. P., McEwen, J., Williams, J., y Papp, E. (1981). The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 15(3), 221-229. doi:10.1016/0271-7123(81)90005-5
- Izal, M., y Fernández-Ballesteros, R. (1990). Modelos ambientales sobre la vejez. *Anales de Psicología*, 6(2), 181-198.
- Jenaro, C., Verdugo, M. A., Caballo, C., Balboni, G., Lachapelle, Y., Otrebski, W., y Schalock, R. L. (2005). Cross-cultural study of person-centred quality of life domains and indicators: a replication. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 734-739. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00742.x
- Kempen, G. I., Jelicic, M. y Ormel, J. (1997). Personality, chronic medical morbidity, and health-related quality of life among older persons. *Health Psychology*, 16(6), 539-546. doi: 10.1037/0278-6133.16.6.539
- Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. En J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe, y D. E. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 3-27). San Diego, Estados Unidos: Academic Press.
- Leung, K. K., Wu, E. C., Lue, B. H. y Tang, L.Y. (2004). The use of focus groups in evaluating quality of life components among elderly Chinese people. *Quality of Life Research*, 13(1), 179-190.
- Liberalesso, A. (2007). El legado de Paul B. Baltes a la psicología: el paradigma life span aplicado al desarrollo y al envejecimiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 413-417.

- Lizán, L., y Reig, A. (2002). La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. *Atención Primaria*, 29(6), 378–384.
- Lombard, M., Snyder-Duch, J., y Campanella, C. (2010). *Practical resources for assessing and reporting intercoder reliability in content analysis research projects*. Recuperado de <http://matthewlombard.com/reliability/>
- Medina, M. E., y Carbonell, M. C. (2004). Evaluación de la calidad de vida de las personas mayores en el municipio de Murcia. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 4, 179–186.
- Millán, J. C. (2011). Envejecimiento y calidad de vida. *Revista Galega de Economía*, 20(Extra), 13 pp.
- Mora, M., Araya, G., y Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *MHSALUD: Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud*, 1(1), 1–12.
- Navarro, E., Calero, M. D., y Calero-García, M. J. (2014). Diferencias entre hombres y mujeres mayores en funcionamiento cognitivo y calidad de vida. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(3), 267-277. doi: 10.1989/ejihpe.v4i3.74
- Newsom, J. T., y Schulz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and aging*, 11(1), 34-44. doi: 10.1037/0882-7974.11.1.34
- Pérez, G., y De-Juanas, A. (2013). *Calidad de vida en personas adultas y mayores*. Madrid, España: Editorial UNED.
- Ramos, F. (2001). Salud y calidad de vida en las personas mayores. *Tabanque: Revista Pedagógica*, 16, 83–104.
- Reig, A. (2000). La calidad de vida en gerontología como constructo psicológico. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 35(Supl. 2), 5–16.
- Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2002/2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid, España: Alianza Editorial [Original en inglés: The concept of quality of life in human services: A handbook for human service practitioners. Washington, DC: American Association on Mental Retardation, 2002]
- Urzúa, A., y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. doi: 10.4067/S0718-48082012000100006
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.
- Vera, M. (2007). *Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia* (Tesis Doctoral, Facultad de Medicina, Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú). Recuperada de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832007000300012&script=sci_arttext
- Verdugo, M. A. (2002). Calidad de vida en el envejecimiento de las personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo. En R. Pérez Gil (Ed.), *Hacia una cálida vejez. Calidad de vida para la persona mayor con retraso mental*, (pp. 79-100). Madrid, España: FEAPS.
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E., y Arias, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: la Escala FUMAT* (1a ed.). Salamanca, España: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Recuperado de <http://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/113073>

- Verdugo, M. A., Gómez, L. E., Arias, B., Santamaría, M., Clavero, D., y Tamarit, J. (2013). *Escala INICO-FEAPS. Evaluación Integral de la Calidad de Vida de personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo* (1a ed.). Salamanca, España: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Recuperado de <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3820>
- Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Arias, B., Gómez, L. E., y Jordán de Urríes, B. (2013). Calidad de vida. En M. A. Verdugo y R. L. Schalock (Eds.), *Discapacidad e Inclusión: Manual para la Docencia* (pp. 443-462). Salamanca, España: Amarú.
- Verdugo, M. A., y Martín, M. (2002). Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Salud Mental*, 25(4), 68–77.
- Villar, F. (2003). *Desarrollo adulto y envejecimiento desde un punto de vista sociocontextual*. Barcelona, España: Universidad de Barcelona. Recuperado de http://www.ub.edu/dppsed/fvillar/principal/pdf/proyecto/cap_12_ciclovital.pdf
- Yanguas, J. J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Ware, J. E., y Donald, C. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483.
- WHOQOL Group (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of life Research*, 2(2), 153–159.
- Wilhelmson, K., Andersson, C., Waern, M., y Allebeck, P. (2005). Elderly people's perspectives on quality of life. *Ageing and Society*, 25(4), 585–600. doi: 10.1017/S0144686X05003454

7 ANEXOS

7.1 ANEXO 1: SISTEMA DE CODIFICACIÓN EMPLEADO PARA LAS PREGUNTAS ABIERTAS

(1) Estado físico, estado de ánimo y relaciones con la familia:

Se codifican en:

Malo/as	1
Regular/es	2
Bueno/as	3
Muy bueno/as	4

(2) Aspectos positivos y negativos de la vivienda:

Se codifican en¹:

Aspectos materiales o físicos de la vivienda (condiciones materiales)	1
Aspectos psicosociales del microsistema (familia, personas con quienes se vive)	2
Aspectos psicosociales del mesosistema (vecinos, amigos)	3
Aspectos materiales o físicos del entorno (e.g. servicios de transporte, salud, ocio, en el entorno)	4

(3) Aspectos positivos y negativos de la vivienda:

Se codifica cada actividad empleando el sistema de códigos siguiente:

Ocio solo	1a
Ocio acompañado	1b
Ocio en el hogar	2a
Ocio fuera del hogar	2b
Ocio que implica actividad física	3a
Ocio que no implica actividad física	3b
Ocio al aire libre	4a
Ocio bajo abrigo	4b

(4) Personas de su vida que hacen que se sienta mejor o más alegre o personas con quienes tiene más contacto:

Se codifica empleando el siguiente sistema de códigos:

Marido/mujer/pareja	1
Hermanos/hermanas	2
Hijos/as	3
Nietos/as	4
Familia (en general, sin especificar)	5
Amigos/as	6
Vecinos/as	7
Compañeros de actividades	8
Profesionales (de salud, servicios)	9
Sobrinos u otros parientes concretos	10

¹ Categorías elaboradas a partir de las dimensiones propuestas en el trabajo:
<http://www.techo.org/wp-content/uploads/2013/02/Coi-y-Juancri.pdf>

(5) Situaciones que hacen que se sienta peor o más triste:

Codificar teniendo en cuenta que si se trata, por ejemplo, de un problema de salud de la pareja, será el código 1s (salud). Si es un problema, por ejemplo, de que se lleva mal con la pareja, será el 1r (relaciones). Las categorías son:

Problemas (e.g. salud, relaciones) con marido/mujer/pareja	1s o 1r
Problemas (e.g. salud, relaciones) con hermanos/hermanas	2s o 2r
Problemas (e.g. salud, relaciones) con hijos/as	3s o 3r
Problemas (e.g. salud, relaciones) con nietos/as	4s o 4r
Problemas (e.g. salud, relaciones) con familia (en general, sin especificar)	5s o 5r
Problemas (e.g. salud, relaciones) con amigos/as	6s o 6r
Problemas (e.g. salud, relaciones) con vecinos/as	7s o 7r
Problemas (e.g. salud, relaciones) con compañeros de actividades	8s o 8r
Problemas (e.g. salud, relaciones) con profesionales (de salud, servicios)	9s o 9r

(6) Valoración de la importancia de las relaciones con otros:

Se codifica en: nada importantes=1; poco importantes=2; bastante importantes=3; muy importantes=4.

(7) Aspectos positivos de hacerse mayor y recomendaciones:

Se codifican en las ocho dimensiones propuestas por el modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo:

Bienestar emocional	1
Relaciones interpersonales	2
Bienestar material	3
Desarrollo personal	4
Bienestar físico	5
Autodeterminación	6
Inclusión social	7
Derechos	8

(8) Aspectos negativos de hacerse mayor:

Tomando las dimensiones anteriores, se emplean las mismas dimensiones pero en este caso, en las correspondientes negativas, a las que se añade una última dimensión relacionada con el miedo o negativa a morir:

Malestar emocional	1
Perdida, escasez o ausencia de relaciones interpersonales	2
Escasez o bajas condiciones materiales	3
Pérdida de capacidades o competencia personal	4
Problemas de salud física	5
Pérdida de capacidad de elegir y de autodeterminación	6
Escasez de inclusión social o aislamiento	7
Perdida o reducción de derechos	8
No querer morir	9

7.2 ANEXO 2: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Soy una estudiante de Psicología de la Universidad de Salamanca. Junto con mi tutora estamos realizando un estudio sobre PERSONAS MAYORES Y SU VISIÓN Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA. Para ello, estamos haciendo unas preguntas de fácil respuesta a personas que ya se encuentran jubiladas y tienen 65 años o más. Para poder realizar el estudio solicitamos que nos conceda unos minutos de su tiempo para respondernos a unas preguntas.

Su participación es voluntaria y puede contestar a las preguntas que desee. Si tiene alguna pregunta acerca de esta entrevista, puede hacérmela. No vamos a recoger ningún dato personal sobre usted con el que se le pueda identificar, de modo que la información que nos proporcione será anónima. La información demográfica recogida nos servirá tan sólo para describir a los participantes en el estudio de modo global. Para facilitar la recogida de datos, si no le importa, grabaré con mi móvil sus respuestas. La grabación será eliminada tan pronto como haya transcrito la información.

Si está dispuesto a concedernos unos minutos de su tiempo, y si ha comprendido lo que se espera de usted y que está dispuesto a respondernos a unas preguntas, podemos entonces continuar.

Yo (poner solo el nombre, sin apellidos): _____

☐ Sí ofrezco mi consentimiento informado

☐ No ofrezco mi consentimiento informado

En _____ a _____ de _____ de 20 ____

7.3 ANEXO 3: ENTREVISTA SOBRE CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES

Parte A. Información demográfica

Sexo (Indique hombre o mujer): ☐ Hombre ☐ Mujer

Edad (años): _____

Nivel de educación más alto que ha alcanzado:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sin escolarización formal | <input type="checkbox"/> Escuela primaria |
| <input type="checkbox"/> Escuela secundaria | <input type="checkbox"/> Estudios preuniversitarios |
| <input type="checkbox"/> Estudios universitarios | <input type="checkbox"/> Estudios de postgrado |
| <input type="checkbox"/> No contesta | |

¿Cuál es su **estado civil**?

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca casado | <input type="checkbox"/> Casado actualmente | <input type="checkbox"/> Separado |
| <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Viudo | <input type="checkbox"/> Viviendo con pareja |
| <input type="checkbox"/> No contesta | <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____ | |

Parte B. Preguntas

- 1.- ¿Cómo se siente habitualmente de estado físico?
- 2.- ¿Y su estado de ánimo?
- 3.- ¿Se encuentra a gusto donde vive? ¿Qué es lo que más le gusta? ¿Qué lo que menos?
- 4.- ¿Qué cosas, actividades y/o personas de su vida hacen que se sienta mejor o más alegre?
- 5.- ¿Qué cosas, actividades y/o personas de su vida hacen que se sienta peor o más triste?
- 6.- ¿Tiene contacto habitual con su familia? ¿Qué supone eso para usted?
- 7.- ¿Tiene amigos, vecinos o gente con la que se relaciona a menudo? ¿Qué supone eso para usted?
- 8.- ¿Qué es lo mejor de hacerse mayor? ¿Y qué es lo peor?
- 9.- Si tuviera que valorar su calidad de vida (lo a gusto que se siente con su vida) del 1 al 10, siendo el 10 la máxima nota, ¿qué puntuación se daría?
- 10.- ¿Qué recomendaría a otras personas mayores para que se sintieran felices?

7.4 ANEXO 4: RESULTADOS DEL CONTRASTE DE HIPÓTESIS (ANÁLISIS DE VARIANZA)

Tabla 15. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en función del género

		N	Media	Desviación típica	Error típico	F	p.
it01_estado físico	Hombre	26	2,85	,83	,16	0,259	0,613
	Mujer	25	2,72	,94	,19		
it02_estado ánimo	Hombre	26	3,08	,63	,12	1,720	0,196
	Mujer	25	2,80	,87	,17		
it06_valorac_fam	Hombre	26	3,38	,64	,12	3,494	0,068
	Mujer	25	3,68	,48	,10		
it07_valorac_relac	Hombre	26	3,54	,58	,11	0,164	0,688
	Mujer	25	3,60	,50	,10		
calvi (1 a 10)	Hombre	26	8,79	1,54	,30	2,126	0,151
	Mujer	25	8,08	1,92	,38		

Tabla 16. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en función de la edad

		N	Media	Desviación típica	Error típico	F	Sig.
it01_estado físico	De 65 a 69	19	2,79	,92	,21	0,221	0,802
	De 70 a 75	11	2,64	,81	,24		
	76 o más	21	2,86	,91	,20		
it02_estado ánimo	De 65 a 69	19	2,89	,57	,13	0,901	0,413
	De 70 a 75	11	2,73	,79	,24		
	76 o más	21	3,10	,89	,19		
it06_valorac_fam	De 65 a 69	19	3,63	,50	,11	1,187	0,314
	De 70 a 75	11	3,64	,67	,20		
	76 o más	21	3,38	,59	,13		
it07_valorac_relac	De 65 a 69	19	3,47	,51	,12	0,765	0,471
	De 70 a 75	11	3,73	,47	,14		
	76 o más	21	3,57	,60	,13		
calvi (1 a 10)	De 65 a 69	19	8,42	1,55	,36	0,947	0,395
	De 70 a 75	11	7,86	2,30	,69		
	76 o más	21	8,76	1,61	,35		

Tabla 17. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en función del nivel educativo

		N	Media	Desviación típica	Error típico	F	Sig.
it01_estado físico		12	2,75	,62	,18	0,023	0,879
	Sin escolarización Primarios o más	39	2,79	,95	,15		
it02_estado ánimo		12	2,92	,79	,23	0,016	0,900
	Sin escolarización Primarios o más	39	2,95	,76	,12		
it06_valorac_fam		12	3,33	,65	,19	1,836	0,182
	Sin escolarización Primarios o más	39	3,59	,55	,09		
it07_valorac_relac		12	3,75	,45	,13	1,808	0,185
	Sin escolarización Primarios o más	39	3,51	,56	,09		
calvi (1 a 10)		12	7,83	1,95	,56	1,919	0,172
	Sin escolarización Primarios o más	39	8,63	1,67	,27		

Tabla 18. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en función de si están solos o acompañados

		N	Media	Desviación típica	Error típico	F	Sig.
it01_estado físico		19	2,79	,98	,22	0,001	0,975
	Acompañado	32	2,78	,83	,15		
it02_estado ánimo		19	2,79	,92	,21	1,214	0,276
	Acompañado	32	3,03	,65	,11		
it06_valorac_fam		19	3,68	,48	,11	2,225	0,142
	Acompañado	32	3,44	,62	,11		
it07_valorac_relac		19	3,74	,45	,10	3,075	0,086
	Acompañado	32	3,47	,57	,10		
calvi (1 a 10)		19	8,13	1,87	,43	0,942	0,336
	Acompañado	32	8,63	1,68	,30		